

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА

Мацуганова Т.Н.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»

В настоящее время отмечается рост болезней, вызванных избыточным питанием. Ожирение создает предпосылки для развития гипертонической болезни, инфаркта миокарда, желчнокаменной болезни, нарушения мозгового кровообращения, сахарного диабета, атеросклероза, варикозного расширения вен и других заболеваний. снижает сопротивляемость организма к инфекциям. Рост ожирения отмечается не только среди общей популяции населения, но и у женщин репродуктивного возраста, создавая тем самым неблагоприятный фон для течения беременности и родов. [1, 2, 3]

Целью настоящей работы явилось изучение состояния здоровья, особенностей течения беременности и родов у женщин с избыточной массой тела (ИМТ) и разработка рекомендации по ведению у них беременности.

Проведен ретроспективный анализ 246 историй женщин с ИМТ, родоразрешенных в БСМП г. Витебска в 2005-2006 гг. В данную группу вошли женщины с предожирением (ИК=25-29,9)-61,3%, с ожирением 1 ст. (ИК=30-34,9)-30,6% и 2 ст. (ИК=35-39,9)-8,1%. Контрольную группу составили 129 женщин с нормальной массой тела (НМТ), ИК у которых был 18,5 – 24,9. Индекс Кетле рассчитывался по формуле:  $ИК = \frac{\text{масса тела в кг}}{\text{рост в м}^2}$  (учитывалась масса тела до беременности).

Средний возраст женщин в основной (ИМТ) и контрольной (НМТ) группах существенно не различался и был соответственно равен  $26,7 \pm 2,06$  (от 18 до 42) и  $29,3 \pm 2,17$  (от 16 до 41) годам.

Подавляющее большинство беременных обеих групп состояло в браке зарегистрированном и гражданском (90,1% и 87,1%, соответственно). Одиноких женщин в группе с ИМТ (8,1%), по сравнению с контрольной (14,7%), было меньше.

Ожирение чаще встречалось у служащих (55,1%), тогда как среди учащихся и женщин рабочих профессий оно встречалось реже (15,2% и 29,7% соответственно).

Анализ соматического анамнеза беременных показал, что в группе беременных с ИМТ, по сравнению с контрольной, в 1,5 раза чаще встречались ангина (20,7% и 14%), в 2,5 раза – заболевания сердечно-сосудистой (17,1% и 6,2%) и дыхательной (25,6% и 11,5%) систем, почти в 3 раза - патология щитовидной железы (6,3% и 2,3%), в 6 раз – варикозная болезнь (4,5% и 0,8%) и герпетическая инфекция (4,5% и 0,8%).

Процент женщин с нормальной менструальной функцией в основной группе был ниже, чем в контрольной (52,3% и 60,5%). Среди нарушений менструальной функции у женщин с ИМТ встречались позднее менархе (18,9%), нерегулярные менструации (19,8%), гиперполименорея (19,8%).

В структуре гинекологических заболеваний у женщин основной группы достоверно чаще встречалась эндокринозависимая патология: миома (6,3% и 0,8%), дисфункция яичников (8,1% и 4,7%), бесплодие (5,4% и 2,3%).

Беременность у женщин с ИМТ достоверно чаще осложнялась поздним гестозом (45,9% и 10,9%), заболеваниями сердечно-сосудистой системы (13,5% и 0,8%), гестационным пиелонефритом (6,7% и 3,2%). Гестационный сахарный диабет встречался только в основной группе (1,8%). Узкий таз встречался в 4 раза реже (1,8%) по сравнению с контролем (7,5%).

В родах у женщин с ИМТ отмечено увеличение частоты несвоевременного излития околоплодных вод (42,3% и 25,5%), кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах (6,8% и 3,7%). Процент оперативного родоразрешения был существенно выше у женщин основной группы (30,6% и 14,0%).

Все дети родились живыми. Однако в основной группе в 2 раза чаще отмечалось рождение детей в состоянии асфиксии (6,3% и 3,1%, соответственно) и с признаками незрелости при доношенной беременности (11,7% и 5,4%).

У женщин с ожирением, по сравнению с контрольной группой, в 2 раза чаще рождались дети с массой более 3,5 кг (76,6% и 37,3%).

В структуре заболеваемости детей преобладали натальная травма (3,6% и 1,6%), неонатальная желтуха (6,3% и 3,1%), внутриутробные пороки развития (5,4% и 3,9%).

Таким образом, избыточная масса тела оказывает неблагоприятное влияние на состояние здоровья женщин течение беременности и родов и, как следствие этого на состояние плода и новорожденного

Исходя из этого, нами разработаны рекомендации по ведению беременности и родов у женщин с избыточной массой тела, которые включают следующие положения:

- Обследование женщин репродуктивного возраста с ИМТ у смежных специалистов (терапевта, эндокринолога, гастроэнтеролога, диетолога) и при выявлении причины отклонения массы тела от нормы - проведение оздоровления женщины и коррекции массы тела до наступления беременности.

- При взятии на учет по беременности в женской консультации женщины с избыточной массой тела должны быть отнесены в группу повышенного риска по развитию позднего гестоза, гестационного сахарного диабета, гестационного пиелонефрита, кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде:

Женщинам с ИМТ необходимо рекомендовать рациональное питание 5-6 раз в сутки с ограничением поваренной соли, потреблением сырых овощей, фруктов, увеличивающих энергозатраты и обеспечивающих организм беременных витаминами и микроэлементами. В период дородового отпуска, когда меняются условия труда, сокращаются физическая активность и энергозатраты, при постельном режиме калорийность пищи должна быть снижена. Прибавка массы тела во вторую половину беременности не должна превышать 250-300 г в неделю, за беременность – 8 кг. Полезно проводить разгрузочные дни (творожные, яблочные, молочные) 1 раз в 1-2 нед. Увеличению энергозатрат и мобилизации жира из депо способствует лечебная гимнастика. Диета и лечебная гимнастика должны быть подобраны индивидуально с учетом срока беременности, степени ожирения и сопутствующих осложнений.

Для улучшения липидного обмена следует рекомендовать беременным прием препаратов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты (эйконол, эйкозапен, полипен, "Pro-mega", Витрум-омега-3), конечными продуктами метаболизма которых являются простаглинды и неактивные тромбоксаны, что может быть полезным для профилактики развития позднего гестоза.

- Во время родов рекомендуется профилактика несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах, проведение функциональной оценки таза (при крупном плоде),.

Литература:

1. Вартон, Брайн. Питание женщины во время беременности и лактации, отлучение ребенка от груди: материалы 3-го международного симпозиума / Брайн Вартон. – СПб, 1995. – С. 56-62.
2. Георгалдзе, Г.Р. Прогнозирование исхода беременности и родов у женщин с алиментарно-конституциональным ожирением / Г.Р. Георгалдзе - Иванова, 1991.
3. Кулаков, В.И. Руководство по охране репродуктивного здоровья / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, Л.В. Адамян. - М., 2001.